



Choptank Community Health Systems, Inc.
Aplicación de la tarifa de desplazamiento

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección de envío: _____
 P.O. Box o Calle Pueblo Estado Zip Code

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Se han inscrito en este programa antes? _____ Si _____ No
 _____ ¿Ha completado una solicitud de asistencia médica? Resultados: Aplicado Pendiente Denegado
 _____ Tengo seguro de salud a través de _____ de _____
 (Si tiene seguro de salud, que se factura a su compañía de seguros y aplicar el descuento al saldo adeudado.)
 _____ No tengo seguro de salud

INGRESO DE LOS HOGARES

Por favor una lista de todos los miembros de su unidad familiar (incluido usted mismo). Son quienes contribuyen a los ingresos y todas las personas para quienes usted es financieramente responsable y que usted puede reclamar en su declaración de impuestos.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con solicitante	Tipo de ingresos (desde abajo)

TIPO DE INGRESO ESTADO DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

* Escrito para cada fuente de ingresos se requiere la verificación dentro de 30 días para procesar su solicitud de cargo por desplazamiento. Sin verificación, no se descontará su cuenta; \$95 se espera que antes de recibidos servicios. Verificación de ingresos debe incluir los ingresos brutos. Formas de verificación de ingresos escrito aceptables incluyen:

Empleados

Declaración de impuestos federales del año anterior
 Semanal – Cuatro talones de pago consecutivos
 Dos- Weekly – Dos talones de pago consecutivos

Autónomos

El impuesto federal más reciente

DISCAPACIDAD

Ingresos del negocio – Las últimas declaraciones de impuestos federales de negocios y personales

DESEMPLEADO

Unemployment Claim determination letter

Jubilación

Social Security checks or bank statements showing direct deposits, official documents showing private pension, annuities, or individual retirement accounts

Intereses/Dividendos

Declaraciones bancarias y / o de inversiones

Apoyo de niño/Pensión Alimenticia

Documentos legales que muestran los montos ordenados para ser de apoyo y / o pensión alimenticia

Cheques de incapacidad del Seguro Social o estados bancarios que muestren depósito, seguro privado de incapacidad a largo o corto plazo

OTROS

Cualquier otra forma de ingreso no mencionada anteriormente

No se recibieron ingresos *

No se reciben ingresos de ninguna fuente-Forma de Ingreso Cero

RESPONSABILIDADES Y CONDICIONES DEL SERVICIO

Certifico que toda la información es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier información falsa del tamaño de la familia o la información financiera puede resultar en la pérdida de elegibilidad para todos los miembros del hogar. Entiendo perfectamente que yo soy responsable de los servicios médico, dental o laboratorio hasta verificación escrita de ingreso se proporciona para cada miembro de la familia mencionado.

Firma del solicitante

Fecha



Choptank Community Health System, Inc.
Programa paciente Convenio de honorarios escala de corredera

I agree that the following has been explained to me and that I will follow ALL the guidelines of this program. I understand that:

Estoy de acuerdo que a continuación se ha explicado a mí y que voy a seguir todos los lineamientos de este programa. Lo entiendo:

1. sólo los servicios que sean médicamente necesarias y ordenadas por el personal de CCHS están cubiertos bajo este programa.
2. empleo, escuela y deportes físicos no están cubiertos bajo este programa si los honorarios son pagados por el empleador, la escuela o el equipo.
3. algunos procedimientos en la oficina no pueden ser cubiertos por este programa. Si el servicio no está cubierto, el Director del sitio le ayudará a hacer arreglos de pago.
4. sólo los servicios de laboratorio que se realizan en nuestra oficina están cubiertos bajo este programa. Pendiente deslizante tasa aplicaciones no califican para laboratorios; y patología no está cubierta por el programa SFS.
5. este programa no paga por servicios hospitalarios de cualquier tipo y no pagar por cualquier servicio que no es ordenado por nuestro personal y realizado por nuestro personal en nuestra oficina.
6. la fecha de vigencia de mi participación en este programa es decidida por el CCHS. Su inscripción es generalmente bueno para un año.
7. estoy de acuerdo en notificar a CCHS si mi nivel de ingresos o el número de personas en mi hogar cambios antes de que es tiempo de renovación de mi/nuestra participación en el programa.
8. entiendo que estoy obligado a traer toda la documentación de prueba de ingresos para el hogar. Entiendo que el personal de CCHS puede solicitar verificación de ingresos en cualquier momento durante mi/nuestra participación en el programa.
9. entiendo que pueda ser referido a una de CCHS paciente servicio de coordinadores (PSC) para la evaluación y asistencia. También entiendo que sometiendo una declaración en especie como comprobante de ingresos, será necesario para cumplir con un PSC dentro de los 30 días de presentar la

solicitud. El incumplimiento con un PSC puede resultar en la terminación del descuento de cuota deslizante.

10. pago de honorarios escala de tasa de deslizamiento se requiere en el momento que se recibe el servicio.

Firma _____

Fecha _____

Imprimir nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____